

L 8 U 877/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 2589/12
Datum
18.12.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 877/14
Datum
22.08.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 18. Dezember 2013 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat der Klägerin ihre außergerichtlichen Kosten auch des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Heilbehandlung ab 24.05.2012 streitig.

In der Unfallanzeige der H. F. KG, D. vom 21.05.2012 wurde der Beklagten berichtet, dass die am 07.04.1949 geborene Klägerin am 04.05.2012 auf dem Büroflur ausgerutscht und gefallen sei; Hand und Schulter habe sie sich hierbei verletzt. Die Klägerin sei bei ihnen als Buchhalterin beschäftigt. Der Durchgangsarzt Dr. S. teilte mit Bericht vom 14.05.2012 mit, die Klägerin habe sich ihm am 14.05.2012 vorgestellt, nachdem die Erstbehandlung am 07.05.2012 durch den Orthopäden Dr. S. erfolgt sei. Die Klägerin habe über einen Sturz auf die rechte Schulter berichtet, als sie auf nassem Boden ausgerutscht sei. Seither bestünden starke Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung mit tendenzieller Progredienz der Beschwerden. Arbeiten sei mit der momentanen Schmerzsituation und Bewegungseinschränkung nicht möglich. Nach dem Unfall habe sie zunächst weitergearbeitet. Die Erstdiagnose lautete: Rotatorenmanschettenteilruptur (M. Supraspinatus), Bizepssehnenläsion rechts, RM-Tendinose rechts. Am 23.05.2012 stellte sich die Klägerin in der BG-Sprechstunde der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vor. Im Zwischenbericht vom 25.05.2012 sind folgende Diagnosen aufgeführt: Teilruptur der Supraspinatussehne Schultergelenk rechts, Einriss der langen Bizepssehne Schultergelenk rechts, Prellung Hand, Unterarm rechts, Prellung Hüfte, Becken rechts. Die Klägerin habe erneut über den Unfallmechanismus berichtet, sie habe darauf beharrt, nicht direkt auf die rechte Schulter gefallen zu sein, sondern komplett auf die rechte Seite gefallen zu sein. Auf Nachfrage, wie dabei die Stellung des Armes gewesen sei, habe sie angegeben, sie könne sich daran nicht erinnern.

Mit Bescheid vom 01.06.2012 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlung ab 24.05.2012 ab, da nur bis zum 23.05.2012 (zweite ambulante Vorstellung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T.) unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Die Klägerin sei am 04.05.2012 bei betrieblicher Tätigkeit in der Firma H. F. KG in D. auf nassem Boden ausgerutscht und auf die rechte Seite gefallen. Die Arbeit sei danach nicht eingestellt worden. Die erste ärztliche Inanspruchnahme sei am 07.05.2012 durch Dr. S., T. erfolgt. Bei der am 11.05.2012 durchgeführten Kernspintomographie der rechten Schulter in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dres. A./M. und K. in T. seien erhebliche degenerative Veränderungen an der Rotatorenmanschette sowie ein Einriss der langen Bizepssehne festgestellt worden. Verletzungsspezifische (Begleit-)Befunde seien bei der Untersuchung nicht festgestellt worden. Am 23.05.2012 habe sich die Klägerin erneut in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vorgestellt. Dort sei die Terminvereinbarung (24.06.2012) zur stationären Aufnahme erfolgt. Es sei vereinbart worden, am 25.06.2012 eine Gelenkspiegelung der rechten Schulter inklusive Bizepssehnen-Tenodese (Naht der Gelenkkapsel) durchzuführen. Unfallbedingt habe allenfalls eine Prellung der rechten Schulter vorgelegen, die - ohne Folgen zu hinterlassen - verheilt sei. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sowie Behandlungsbedürftigkeit habe bis zum Tag der Nachuntersuchung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. (23.05.2012) vorgelegen. Die weitere Behandlung ab 24.05.2012 habe zu Lasten der Krankenkasse zu erfolgen.

Dagegen legte die Klägerin Widerspruch ein und trug zur Begründung vor, der Sturz sei am Unfalltag, einem Freitag, ungefähr gegen 11.00 Uhr erfolgt. Sie habe versucht, sich aufzufangen, sei aber dennoch hingefallen. Danach habe sie Schmerzen an Schulter und Hand gehabt, die Hand sei angeschwollen und sie habe die Hand gekühlt. Gearbeitet habe sie danach nicht mehr und die Dienstzeit sei auch um 12.30 Uhr zu Ende gegangen. Am Wochenende habe sie gedacht, es werde besser, was aber nicht eingetreten sei. Sie habe sich mit Schmerzmitteln und Salbe versorgt und ihre Hand geschont. Am Montag hätte sie ohnehin einen Termin bei Dr. S. gehabt, weshalb sie bis

dahin gewartet hätte. Sie sei dann am 07.05.2012 durch Dr. S. krank geschrieben worden und sie habe einen Termin mit der BG-Klinik T. ausgemacht.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23.08.2012 wurde der Widerspruch der Klägerin zurückgewiesen. Zur Begründung ist ausgeführt, Versicherte hätten einen Anspruch auf Durchführung eines berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens im Sinne medizinischer Behandlungsmaßnahmen, wenn und solange eine Behandlungsbedürftigkeit vorliege, welche ursächlich auf die Folgen eines Versicherungsfalles im Sinne des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) - hier Arbeitsunfall - zurückzuführen sei. Liege diese Voraussetzung nicht oder nicht mehr vor, sei von der Einleitung eines berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens abzusehen bzw. dieses ab dem Zeitpunkt zu beenden, in dem die Folgen eines Unfalles von anderweitigen, unfallunabhängigen Beschwerden überlagert würden. Dies sei bei der Klägerin der Fall, da ausweislich der aktenkundigen Befunde unfallbedingt allenfalls eine Prellung der rechten Schulter ohne weitere Folgen vorgelegen habe.

Dagegen erhob die Klägerin am 19.09.2012 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG) mit dem Begehren, die Beklagte zu verurteilen, ihr weiterhin Heilbehandlung zu gewähren. Zur Begründung machte sie geltend, vom 25.06. bis 29.06.2012 sei sie stationär in der BG-Klinik T. aufgenommen und operiert worden. Es sei eine offene Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion und eine Bizepssehnen-Tenodese erfolgt; die eingerissenen und abgerissenen Sehnen seien wieder am Knochen fixiert worden. Sie sei bis heute in ärztlicher Behandlung. Sie leide weiterhin unter Bewegungseinschränkungen und Schmerzen. Die weitere Behandlung erfolge konservativ mit Krankengymnastik und einer schmerztherapeutischen Behandlung. Die bei ihr vorliegende Tendinose sei vor dem Unfallereignis so schwach ausgeprägt gewesen, dass sie nicht zu einer Teiltraktur der Supraspinatussehne und einem Einriss der langen Bizepssehne bei alltäglichen Einwirkungen oder Vorkommnissen geführt hätte. Der Sturz sei vielmehr die wesentliche Ursache für die Teiltraktur der rechten Supraspinatussehne und des Einrisses der langen Bizepssehne gewesen. Aufgrund dessen habe die Beklagte ihr Heilbehandlung zu gewähren (Schriftsatz ihrer Bevollmächtigten vom 19.10.2012).

Das SG beauftragte Prof. Dr. L., H. mit der Erstattung eines gerichtlichen Sachverständigengutachtens. Dieser untersuchte die Klägerin am 16.01.2013 und erstattete dem SG das orthopädisch/unfallchirurgische Gutachten vom 14.03.2013. Die Klägerin gab bei der Untersuchung an, am Unfalltag sei sie gegen 11.00 Uhr auf nassem Boden ausgerutscht und auf die rechte Seite gefallen. Dabei habe sie versucht, sich mit der rechten Hand abzufangen, sei jedoch gefallen. Sie habe sofort eine Verletzung der rechten Hand bemerkt und Schmerzen an der rechten Schulter verspürt. Sie habe das Gefühl gehabt, dass dort etwas verletzt sei. Es habe sofort ein brennender stechender Schmerz und ein Gefühl der Wunde in der rechten Schulter bestanden. Sie habe den Arm nur noch unter Schmerzen bewegen können. Prof. Dr. L. gelangte zu dem Ergebnis, bei der Klägerin lägen folgende Unfallfolgen vor: Diskrete Muskelminderung, Narbenbildung, Druckschmerzen, Bewegungsschmerzen, ausgeprägte aktive und passive Bewegungseinschränkung und Kraftminderung der rechten Schulter nach operativ versorgtem Riss der Rotatorenmanschette mit erneuter Rissbildung. Die ebenfalls vorliegende Muskelverformung bei Insuffizienz der wiederbefestigten langen Bizepssehne sei hingegen keine Folge des Unfalles vom 04.05.2012. Die Schädigung im Bereich der langen Bizepssehne sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf alterungs- und verschleißbedingte Veränderungen zurückzuführen und im Rahmen der Operation mitversorgt worden. Nach allgemeiner Auffassung gehöre zu den geeigneten Mechanismen der Sturz auf den nach hinten oder seitlich ausgestreckten Arm oder Ellenbogen oder die Beschleunigung des Körpers beim Fallen, wenn sich der Verletzte dabei festhalte und der Arm dadurch forciert nach außen gedreht werde, wobei es zu einer Umkehr von Fix- und Mobilpunkt komme. Es sei jedoch einzuräumen, dass experimentelle Untersuchungen zu den tatsächlichen Ereignisabläufen fehlen würden und daher die traumatomechanische Analyse lediglich ein Argument für die Zusammenhangsbegutachtung sein könne. Im vorliegenden Fall sei der Unfallhergang - wie üblich - nicht ganz klar, jedoch sei es bei dem zu beurteilenden Ereignis zu einer erheblichen Gewalteinwirkung mit deutlichem Verletzungsbild der gesamten rechten Körperhälfte gekommen. Die Klägerin habe sofort einen dumpfen, eher passiven Dehnungsschmerz, der auf eine Mitbeteiligung der Rotatorenmanschette bei oben genannter Verletzung spreche. Die Untersuchte habe hierbei mehrfach betont, dass sie nicht direkt auf die rechte Schulter gefallen sei, was als Unfallmechanismus für die Rotatorenmanschette eher ungeeignet zu sein scheine. Sie sei vielmehr auf den rechten Arm gestürzt, den sie im Reflex abgespreizt hatte. Beweisend dafür sind die dokumentierten Verletzungen mit oberflächlichen Abschürfungen im Bereich der Metacarpale II und III der rechten Hand sowie die Hämatombildung am rechten Ellenbogen. Ebenso die sofortige Schmerzhaftigkeit der rechten Schulter. Leider liege weder ein entsprechender OP-Bericht vor, der eventuell traumatische Veränderungen der Sehne beschreibe noch eine histologische Untersuchung des Sehnengewebes. Dem Gericht werde anheim gestellt, den Operationsbericht sowie ggf. durchgeführte histologische Untersuchungsbefunde beizuziehen. Für einen Zusammenhang anlässlich der in der Kernspintomographie und der Operation festgestellten Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette mit dem Ereignis vom 04.05.2012 sprächen daher: 1. Der für eine Schädigung der Rotatorenmanschette geeignete Unfallmechanismus. 2. Die angebliche Beschwerdefreiheit bis zum Zeitpunkt des Ereignisses. 3. Das unmittelbare Auftreten der Beschwerden nach dem Ereignis. 4. Die Verletzungszeichen mit ausgeprägtem Funktionsverlust. 5. Der kernspintomographische Befund mit Bone bruise, Erguss und fehlenden Rückbildungszeichen der Muskulatur. 6. Der klinische Verlauf nach dem Ereignis.

Gegen einen Zusammenhang der Rotatorenmanschettenläsion mit dem Ereignis und für das Überwiegen einer vorbestehenden Läsion und/oder alterungs- und verschleißbedingten Veränderungen sprächen: 1. Die Schadensanlage mit knöcherner Enge. 2. Das Vorhandensein von verschleißbedingten Veränderungen auf der Gegenseite (linke Schulter). 3. Der schriftliche Befundbericht hinsichtlich der erwähnten Tendinose aller Muskeln der Rotatorenmanschette.

Die tatsächliche Arbeitsunfähigkeit, die nach Angaben der Untersuchten ab 07.05.2012 bis 11.06.2012 bescheinigt worden sei, sei auf die Unfallfolgen zurückzuführen. Außerdem sei die Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an die Operation bis zum Abschluss der Reparationsvorgänge, d.h. vom 25.06.2012 bis 21.08.2012 als Unfallfolge zu betrachten. Da im vorliegenden Falle aufgrund der erneut durchgeführten Kernspintomographie bei Beschwerdepersistenz das Operationsergebnis nicht zufriedenstellend sei und aktuell noch eine wesentliche aktive und passive Bewegungseinschränkung bestehe, sei aktuell nicht von einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Die Beklagte trat der Klage mit dem Antrag auf Klagabweisung entgegen und legte zum gerichtlichen Sachverständigengutachten die Stellungnahme ihrer beratenden Ärztin Dr. H., Ärztin für Chirurgie/Unfallchirurgie, vom 22.05.2013 vor. Darin führte diese im Wesentlichen aus, die Verletzte habe beschrieben, dass sie mit dem abgespreizten rechten Arm gestürzt sei. Dies sei aber kein geeigneter Mechanismus, um die Rotatorenmanschette unter Stress zu setzen. Dafür hätte die Schulter entweder ausgerenkt sein müssen oder die Versicherte wäre

auf den nach hinten ausgestreckten Arm gefallen, dies hätte sie erinnert und dann hätte man auch andere Verletzungen an den Weichteilen gefunden. Die Verletzungen an der Mittelhand und am Ellenbogen würden zu der Schilderung der Versicherten, dass sie auf den abgespreizten Arm gefallen sei, passen, dies sei aber kein geeignetes Ereignis, um die Rotatorenmanschette unter Stress zu setzen. Sie stimme dem Gutachten des Prof. Dr. L. nicht zu. Der Hergang mit Sturz auf die Körperseite habe keine unphysiologische Belastung der Rotatorenmanschette nach sich gezogen, weil die Schulter weder ausgerenkt gewesen sei noch die Versicherte auf den nach hinten ausgestreckten Arm gefallen sei, dann hätte sie ganz andere primäre Verletzungszeichen aufweisen müssen. So aber hätten an der Streckseite des Ellenbogens Prellmarken und an der Hand bestanden, was für die These spreche, dass die Versicherte auf den abgespreizten Arm und Ellbogen gefallen sei, weil sie den Sturz habe abfangen wollen. So schildere dies ja auch die Versicherte. Eine Pseudolähmung habe zu keinem Zeitpunkt bestanden.

Das SG versuchte, entsprechend der Empfehlung von Prof. Dr. L., den Operationsbericht und einen möglichen histologischen Befundbericht beizuziehen. Mit Schreiben vom 19.06.2013 übersandte die BG-Klinik T. u.a. den Operationsbericht und teilte im Übrigen mit, eine Zusendung eines histologischen Berichtes sei nicht möglich, da hier im Rahmen der Schulterarthroskopie keine Histologie erfolgt sei. Im Operationsbericht vom 27.06.2012 wird als Diagnose gestellt: Rotatorenmanschettenläsion mit Impingementsyndrom des rechten Schultergelenkes sowie degenerative Veränderungen der langen Bizepssehne.

Dr. S. teilte dem SG als sachverständiger Zeuge mit Schreiben vom 27.06.2013 mit, die Klägerin befinde sich bei ihm seit dem 04.11.2004 bis 05.03.2013 in Behandlung. Bezogen auf die Zeit vor dem 04.05.2012 ergäben sich aus seinen Unterlagen keine rechtsseitigen Schultergelenksbeschwerden. Bei den Untersuchungen vom 28.04.2009 und 08.02.2011 habe es sich jeweils um Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenkes gehandelt.

Das SG zog von der AOK N.-A. ein Vorerkrankungsverzeichnis bei und hörte den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. K. als sachverständigen Zeugen (Auskunft vom 17.07.2013).

Anschließend hörte das SG Prof. Dr. L. zur beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. H. vom 22.05.2013.

Prof. Dr. L. führte in seiner Stellungnahme vom 26.08.2013 im Wesentlichen aus, das Vorerkrankungsverzeichnis bestätige die Angabe der Untersuchten selbst, dass sie vor der Verletzung von Seiten der rechten Schulter keine Beschwerden gehabt habe. Dem Operationsbericht seien leider keine weiterführenden Informationen zu entnehmen, da der Rissrand der Sehne nicht beschrieben worden sei. Soweit Dr. H. dargelegt habe, es habe keine Pseudolähmung vorgelegen, verweise er auf den Durchgangsarztbericht vom 14.05.2012, in dem u.a. ausgeführt sei, dass aktives Halten bei 90 ° Abduktion nicht möglich gewesen sei. Dies bedeute, dass die Untersuchte zu diesem Zeitpunkt nicht in der Lage gewesen sei, den passiv in Schulterhöhe abgespreizten Arm zu halten, sondern dass es zu einem Absinken mit dem Eigengewicht gekommen sei. Dieses Phänomen werde in der Literatur als sogenanntes Drop-Arm-Zeichen oder auch als Pseudoparalyse bezeichnet; übersetzt bedeute dies "Scheinlähmung". Genau dieser Befund spreche für eine akute traumatische Verletzung der Rotatorenmanschette. Soweit Dr. H. dargelegt habe, der Sturz auf die rechte Körperhälfte mit abgespreiztem Arm sei nicht geeignet, die Rotatorenmanschette unter Stress zu setzen, weise er darauf hin, dass übereinstimmend in der Literatur festgestellt werde, dass der Sturz auf den nach seitlich oder nach hinten ausgestreckten Arm einen geeigneten Unfallmechanismus darstelle. Prof. Dr. L. nahm auch zu den übrigen Einwänden von Dr. H. Stellung. Zusammenfassend kam er zu dem Ergebnis, dass er keinen Anlass zu einer Revision seiner Kausalitätsbeurteilung sehe.

Anschließend legte die Beklagte die Stellungnahme von Dr. H. vom 19.09.2013 vor, die ebenfalls bei ihrer Auffassung blieb.

Mit Urteil vom 18.12.2013 verurteilte das SG die Beklagte, der Klägerin weiterhin Heilbehandlung zu gewähren. In den Entscheidungsgründen ist ausgeführt, gestützt auf das Gutachten von Prof. Dr. L. sei die Kammer zu der Überzeugung gelangt, dass die bei der Klägerin festgestellte Schädigung der Rotatorenmanschette als Folge des Sturzes vom 04.05.2012 anzusehen sei. Die Schädigung der Bizepssehne sei zur Überzeugung der Kammer hingegen degenerativ bedingt gewesen und sei bei der Operation nur mitversorgt worden. Maßgeblich für die Behandlung und die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit sei hier jedoch die Verletzung der Rotatorenmanschette, sodass ungeachtet des hier nicht gesehenen Unfallzusammenhangs der Verletzung der Bizepssehne der Klaganspruch der Klägerin in vollem Umfang Erfolg habe. Prof. Dr. L. habe überzeugend und nachvollziehbar dargelegt, dass hier mit Wahrscheinlichkeit die Schädigung der Supraspinatussehne auf das Ereignis vom 04.05.2012 zurückzuführen sei. Die Einwände von Dr. H. würden in der Gesamtschau nicht ausreichen, um einen Ursachenzusammenhang unwahrscheinlich erscheinen zu lassen. Für einen Ursachenzusammenhang spreche zunächst - wie dies Prof. Dr. L. überzeugend dargelegt habe - der Ereignisablauf mit einer erheblichen Gewalteinwirkung, einem deutlichen Verletzungsbild und einem für eine Schädigung der Rotatorenmanschette geeignetem Unfallmechanismus. Hinsichtlich letzterem erachte die Kammer für maßgeblich, dass es sich um einen Sturz auf den abgespreizten Arm handle. Die Differenzierung, die Dr. H. zwischen einem angeblich nicht geeigneten Sturz auf den seitlich ausgestreckten Arm und einem angeblich allein geeigneten Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm vorgenommen habe, überzeuge nicht. Zum einen werde mit dieser Differenzierung schon im Ansatz das mögliche Erinnerungsvermögen bei einem derartigen Sturzvorgang in den meisten Fällen überfordert. Auch stelle sich die Frage der Abgrenzbarkeit zwischen einem Abspreizen seitlich und einem Abspreizen nach hinten. Die Kammer sehe hier keine tragfähige Argumentationsgrundlage, um mit der hier von Dr. H. geforderten Feindifferenzierung über geeignete und ungeeignete Abläufe zu entscheiden. Weiter spreche für einen Ursachenzusammenhang nach der nachvollziehbaren Argumentation von Prof. Dr. L. der Primärbefund mit einer unmittelbar deutlichen Schmerzhaftigkeit und einem ausgeprägten Funktionsverlust. Schließlich sprächen auch die kernspintomographisch beschriebene Flüssigkeitsansammlung, die nach Auffassung von Prof. Dr. L. als Einblutung interpretiert werden könne, sowie eine Veränderung der Knocheninnenstruktur (Bone bruise) sowie die nicht festgestellte Muskelreaktion oder fettige Muskeldegeneration für ein traumatisches Geschehen. Für einen Zusammenhang mit dem Unfall spreche weiter, dass die Klägerin, wie durch die sachverständigen Zeugenaussage und das Vorerkrankungsverzeichnis belegt, bis zum Unfallereignis keine Beschwerden an der rechten Schulter gehabt habe. Zusammenfassend schließe die Kammer aus den dargestellten Argumenten aus, dass das Ereignis vom 04.05.2012 hinweggedacht werden könne, ohne dass die nachfolgend festgestellte Rotatorenmanschettenläsion entfielen. Das Ereignis sei mithin naturwissenschaftliche Ursache für diese Schädigung. Die Kammer gehe auch davon aus, dass es sich um die wesentliche Ursache handle. Zwar seien bei der Klägerin erhebliche degenerative Veränderungen beschrieben worden, angesichts des Unfallhergangs und des Beschwerdeverlaufs habe Prof. Dr. L. jedoch überzeugend dargelegt, dass der Unfall zumindest wesentliche Mitursache gewesen sei.

Gegen das - der Beklagten gegen Empfangsbekenntnis am 24.01.2014 zugestellte - Urteil hat die Beklagte am 19.02.2014 Berufung eingelegt. Zur Begründung macht sie geltend, unter Berücksichtigung der Schilderung des Hergangs vom 04.05.2012 durch die Klägerin sei hier davon auszugehen, dass die Klägerin mit seitlich abgespreiztem ausgestrecktem Arm auf die rechte Körperseite gefallen sei. Ein derartiger Hergang sei jedoch - entgegen der von Prof. Dr. L. vertretenen Auffassung - nicht geeignet, eine traumatisch bedingte Ruptur der Supraspinatussehne zu verursachen, da es bei einem derartigen Sturz nicht zu einer massiven Überdehnung der Rotatorenmanschette komme. Hierzu werde im Einzelnen auf die beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. H. verwiesen. Ferner fehle es hier nach Auswertung der bildtechnischen Aufnahmen am Vorliegen eines sogenannten Bone bruise (erheblicher Gelenkerguss), welches im Regelfall bei traumatisch bedingten Rotatorenmanschettendefekten auftrete. Es sei lediglich eine diskrete Flüssigkeitsansammlung festgestellt worden. Ebenso wenig beschreibe der MRT-Befund vom 11.05.2012 traumatische Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette und der begleitenden Strukturen bzw. Hinweise auf eine stattgehabte Schulterluxation. Dagegen würden erhebliche degenerative Veränderungen aller Teile der Rotatorenmanschette, eine degenerativ bedingte Ruptur der Bizepssehne, eine erhebliche vorbestehende Tendinose aller Strukturen der Rotatorenmanschette sowie eine aktivierte AC-Gelenkarthrose beschrieben, was eindeutig für einen im Wesentlichen degenerativ bedingten Riss der Supraspinatussehne spreche.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 18. Dezember 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Mit den Beteiligten ist in nichtöffentlicher Sitzung am 29.07.2014 die Sach- und Rechtslage durch den Berichterstatter erörtert worden.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis zu einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten, der Akten des SG Konstanz und der Senatsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, in der Sache jedoch nicht begründet.

Zu Recht hat das Sozialgericht Reutlingen mit dem angefochtenen Urteil vom 18.12.2013 den Bescheid der Beklagten vom 01.06.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.08.2012 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin weiterhin Heilbehandlung zu gewähren.

Das SG hat ausführlich und zutreffend begründet, dass der Klägerin auch über den 23.05.2012 hinaus ein Anspruch auf Heilbehandlung wegen des Unfallereignisses vom 04.05.2012 zusteht, da die Klägerin bei dem Sturz vom 04.05.2012 nicht lediglich Prellungen erlitten hat, die bis zum 23.05.2012 abgeheilt gewesen sind, sondern weil die Schädigung der Rotatorenmanschette rechts ursächlich auf den Sturz vom 04.05.2012 zurückzuführen ist. Hierbei hat sich das SG zutreffend auf die kompetenten und überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. L. in seinem Gutachten vom 14.03.2013 und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26.08.2013 gestützt, worin Prof. Dr. L. für die Frage des ursächlichen Zusammenhangs der Schädigung der Rotatorenmanschette auf den Sturz vom 04.05.2012 eine Abwägung der verschiedenen Kriterien für und gegen einen ursächlichen Zusammenhang vorgenommen hat. Der Senat kommt nach Abwägung dieser Kriterien und unter Berücksichtigung der Stellungnahmen von Dr. H. vom 22.05.2013 und vom 19.09.2013 zu demselben Ergebnis wie das SG. Hierbei sieht es der Senat - ebenso wie das SG - für maßgeblich an, dass es sich bei der Klägerin um einen Sturz auf den abgespreizten Arm gehandelt hat. Ob der Arm seitlich oder nach hinten gestreckt war, ist nicht feststellbar, denn die Klägerin hat hierzu keine Angaben machen können. Die Beweisanforderungen wären aber überspannt, wenn bei Vorliegen weiterer Indizien für einen traumabedingten Sehnenriss insoweit ein noch differenzierterer Unfallablauf verlangt würde, denn die Überdehnung der Sehne liegt bei dem Sturz mit abgespreiztem Arm auf die Hand oder Ellenbogen nah. Soweit das SG ausgeführt hat, die Differenzierung, die Dr. H. zwischen einem angeblich nicht geeigneten Sturz auf den seitlich ausgestreckten Arm und einem angeblich allein geeigneten Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm vorgenommen hat, überzeuge dies nicht, da zum einen mit dieser Differenzierung schon im Ansatz das mögliche Erinnerungsvermögen bei einem derartigen Sturzvorgang in den meisten Fällen überfordert werde und weil sich zum anderen auch die Frage der Abgrenzbarkeit zwischen einem Abspreizen seitlich und einem Abspreizen nach hinten schwer feststellen lasse, stimmt der Senat dem zu. Darüberhinaus verweist Prof. Dr. L., der als Mitbegründer und Herausgeber der medizinischen Zeitschrift "Obere Extremität Schulter - Ellenbogen - Hand" und als Mitautor (vgl. u.a. Schulter- und Ellbogenchirurgie, H., L. u.a.) zum Thema Schulterchirurgie über besondere Sachkunde verfügt, unter Literaturangabe darauf (S. 33 seines Gutachtens), dass auch der Sturz auf den seitlich gestreckten Arm zum geeigneten Schädigungsmechanismus einer Supraspinatussehnenruptur gehört, was ebenso keine weitere Differenzierung erforderlich macht. Das SG hat des Weiteren ausgeführt, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Klägerin nach dem Sturz weitergearbeitet hat, da sie vielmehr die restlichen eineinhalb Stunden Arbeitszeit am Unfalltag mit der Versorgung des anschwellenden Handgelenkes und der Schmerzen verbracht und sich am folgenden Wochenende geschont und schließlich sofort am Montag zum Arzt gegangen ist. Das SG hat des Weiteren zutreffend ausgeführt, dass auch die kernspintomographisch beschriebene Flüssigkeitsansammlung nach Auffassung von Prof. Dr. L. als Einblutung interpretiert werden kann, dass sowohl nach den Angaben der Klägerin zur Beschwerdefreiheit im Bereich der rechten Schulter bis zum Unfallzeitpunkt, was durch das Vorerkrankungsverzeichnis der AOK belegt wird, ebenfalls eindeutige Kriterien für einen ursächlichen Zusammenhang darstellen und die gegen einen ursächlichen Zusammenhang sprechenden Umstände demgegenüber von untergeordneter Bedeutung sind.

Der Senat schließt sich nach eigener Überprüfung zur Begründung seiner Entscheidung den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils voll an, auf die er zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug nimmt ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend und im Hinblick auf das Berufungsvorbringen bleibt auszuführen:

Soweit die Beklagte in ihrer Berufungsbegründung geltend gemacht hat, im vorliegenden Falle fehle es nach Auswertung der bildtechnischen Aufnahmen am Vorliegen eines sogenannten Bone bruise (erheblicher Gelenkerguss), welches im Regelfall bei traumatisch bedingten Rotatorenmanschettendefekten auftrete, es sei lediglich eine diskrete Flüssigkeitsansammlung festgestellt worden, gelangt der Senat zu einem anderen Ergebnis. Prof. Dr. L. hat in seinem Gutachten vom 14.03.2013 auf Seite 23 und 36 ausgeführt, für ein akutes Verletzungsereignis bei geeignetem Ereignisablauf spreche im vorliegenden Falle auch das Vorliegen eines Bone bruise im Sinne einer Signaländerung der Knocheninnenstrukturen des Oberarmkopfes bei stattgehabtem Trauma. Zudem sei eine ausgeprägte Muskelretraktion oder eine fettige Muskeldegeneration in den vorliegenden Bildern nicht zu erkennen. Bei einer präexistenten Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette hätte man diese erwartet. Damit hat Prof. Dr. L. das Vorliegen eines Bone bruise im Falle der Klägerin bestätigt und aus dem Umstand, das eine ausgeprägte Muskelretraktion oder eine fettige Muskeldegeneration nach den vorliegenden Bildern nicht zu erkennen gewesen ist, ist eine präexistente Zusammenhangstrennung wenig wahrscheinlich, so dass auf ein akutes Verletzungsereignis bei geeignetem Ereignisablauf geschlossen werden kann. Dies überzeugt den Senat, denn die Anknüpfungstatsachen eines geeigneten Unfallablaufs, einer typischen traumabedingten Erstsymptomatik und eines für ein erlittenes Trauma passenden bildgebenden Befunds begründen auch zur Überzeugung des Senats den hinreichend wahrscheinlichen wesentlichen Unfallzusammenhang.

Ist das Unfallereignis conditio sine qua non der Rotatorenmanschettenruptur gewesen und lässt der medizinische Befund einer vom Unfallversicherungsträger zu beweisenden Vorschädigung objektiv nicht den Schluss auf eine solche Ausprägung zu, dass die Unfalleinwirkung in ihrer Art nicht unersetzlich war, sondern jedes alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Ruptur verursacht hätte, sind die in der Beweislast des Verletzten stehenden anspruchsbegründenden Tatsachen zur Feststellung von Unfallfolgen bewiesen. Tatsachen, die den objektiven medizinischen Befund widerlegen oder im Sinne einer Gelegenheitsursache deutbar machen sollen, stellen rechtsvernichtende Einreden dar, die in der Beweislast der Beklagten stehen, weshalb der Mangel der nicht bewiesenen Tatsache einer nur eine Alltagsbelastung erreichenden Unfalleinwirkung zu Lasten der Beklagten geht (st. Rechtspr., vgl. u.a. Urteil des Senats vom 01.07.2011 - [L 8 U 197/11](#) - , juris, www.sozilagerichtsbarkeit.de). Eine relevante, den wesentlichen Zusammenhang des Unfallereignisses im Sinne einer Gelegenheitsursache bzw. eines "Anlassgeschehens" ausschließende Vorschädigung hat die Beklagte nicht bewiesen. Der Kläger ist zwar auch mit seinen Krankheitsanlagen unfallversicherungsrechtlich geschützt. Der Schutz erstreckt sich jedoch nicht auf eine soweit ausgeprägte Vorschädigung des verletzten Organs, die die Gesundheitsstörung auch bei einer Alltagsbelastung hätte erwarten lassen. Eine den medizinischen Befunden zu entnehmende deutliche Vorschädigung der Supraspinatussehne in dieser Ausprägung wird auch von Dr. H. nicht dargelegt, die für ihre Beurteilung maßgeblich auf ein nicht geeignetes Unfallereignis abstellt. Den Rückschluss auf eine solche ausgeprägte Vorschädigung erlaubt zwar gegebenenfalls auch eine Unfalleinwirkung, die das betroffene Organ nicht mehr belastet als eine übliche alltägliche Verrichtung. Maßgebend zur Bewertung einer Alltagsbelastung ist nicht das Unfallereignis als solches (z. B. die Tatsache eines Sturzes) bzw. der generell zum Tragen gekommene Kraftaufwand, sondern die Intensität der Einwirkungen auf das verletzte Organ (Urteil des Senats vom 01.07.2011 [a.a.O.](#)). Eine konkrete, nur einer Alltagsbelastung gleichkommenden Einwirkung hat die Beklagte nicht erwiesen, denn außer der Tatsache, dass ein Sturz auf den abgespreizten Arm erfolgt ist, sind keine Feststellungen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vom Senat zu treffen.

Weitere Ermittlungen haben sich dem Senat nicht aufgedrängt. Ein radiologisches Gutachten zur Auswertung der MRT-Aufnahme vom 11.05.2012, wie von der Beklagten angeregt, war aus Sicht des Senats im Hinblick auf die überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. L. zum Vorliegen eines bone bruise nicht erforderlich. Darüberhinaus wäre dies auch nicht entscheidungserheblich, weil eine nicht eindeutig interpretierbare Signalveränderung zu keinem anderen Beweisergebnis bei der dann immer noch gegebenen Beweislage mit hinreichenden Indizien für eine traumabedingte Ursache und nicht bewiesener ausreichender Vorschädigung führen würde.

Nach alledem konnte die Berufung der Beklagten keinen Erfolg haben und sie war mit der Kostenentscheidung aus [§ 193 SGG](#) zurückzuweisen.

Anlass, die Revision zuzulassen, besteht nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-08-27